



SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS EN MATERNIDAD APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

La presente solicitud es sólo para mujeres embarazadas de edad 19 o mayores que solicitan beneficios médicos.

Si está embarazada y tiene 19 años de edad o más, llene esta solicitud y mándela por correo a la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) del Departamento de Salud y Servicios Sociales (DSHS) de su localidad. Si tiene preguntas, llame al programa Madres Sanas, Bebés Sanos (Healthy Mothers, Healthy Babies):

1-800-322-2588
Sólo TDD/TTY 1-800-833-6385

Si usted:

- Está embarazada y es **menor de 19 años**, llame al 1-800-562-3022 (Sólo TDD/TTY 1-800-848-5429).
- Está embarazada, es adulta y desea solicitar beneficios Salud Básica en Maternidad, llame al 1-800-660-9840.
- Es adulta que no está embarazada y desea solicitar estampillas para alimentos o asistencia en efectivo, llame a su CSO local. Necesita una Solicitud de Beneficios de color amarillo, DSHS 14-001(X). Para hallar el número de teléfono de su CSO, busque en las páginas azules (gubernamentales) de su guía telefónica bajo Washington State, Community Services Office (CSO).

Cuidado Médico para Mujeres Embarazadas . . . sin costo para usted.

¡Cómo Solicitarlo!

Aquí hay una lista de referencia para ayudarle a llenar su solicitud:

Ingreso Familiar: Cualquier ingreso que reciben los miembros de su hogar. Utilice información de:

- Talones recientes de cheque de pago mostrando el ingreso del esposo/esposa o de todos los miembros de la familia;
- Carta del empleador declarando su sueldo BRUTO (antes de quitar los impuestos);
- Acuerdo Judicial de Tutela si alguien está recibiendo manutención de niños;
- Registros de empleo por cuenta propia para los últimos treinta días; o
- Cartas de concesión de beneficios (algunos ejemplos: Administración de Veteranos, Labor e Industrias, Desempleo, Seguro Social).

Incluya el número de Seguro Social de la mujer embarazada

Y

Verificación de embarazo de un proveedor médico con licencia tal como doctor, enfermera, o técnico de laboratorio.

Por favor envíe por correo su solicitud llena con comprobante de ingreso y verificación de embarazo a la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) de su localidad.

Miembros actuales de Salud Básica quienes quedan embarazadas tienen que llamar al 1-800-660-9840 para obtener una solicitud de Beneficios en Maternidad bajo Salud Básica.



**SOLICITUD PARA BENEFICIOS MÉDICOS EN MATERNIDAD
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS**

Favor de leer lo siguiente antes de completar la solicitud.

La presente solicitud es una declaración de hechos sobre la mujer embarazada quien necesita cuidado médico. Es necesario que responda a todas las preguntas para que podamos saber si le podemos ayudar. Favor de escribir en letra de molde.

Organización que ayuda al cliente con la solicitud _____

1. Primer Nombre		Inicial	Segundo Nombre	Apellido	
2. Dirección Donde Vive		Calle	Ciudad	Estado	Código Po:
3. Dirección de Correo (si es diferente)		Calle	Ciudad	Estado	Código Po
4. Números de Teléfono	5.				Sí No
Casa ()	¿Le cuesta hablar, leer o escribir en inglés?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trabajo ()	¿Necesita intérprete? (Si es que sí, nos comunicaremos mediante un intérprete)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mensaje ()	¿Cuál idioma habla? _____				
6. Fecha presunta del parto de la mujer embarazada _____					
7. ¿Tiene alguna condición médica la mujer embarazada la cual necesita atención médica inmediata?					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Información General

8. Indique su propio nombre y el de toda persona que vive en su domicilio. Utilice los nombres completos legales. **No utilice apodos.** Si no sabe un número de Seguro Social, déjelo en blanco.

NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO)	PARENTESCO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	¿SOLICITA BENEFICIOS? SÍ NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	* ¿CIUDADANO/ A AMERICANO/A? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M o F
A.	SÍ MISMA					
B. INDIQUE OTRAS PERSONAS EN SU HOGAR						
C.						
D.						
E.						
F.						
G.						
H.						

GASTOS

9. ¿Paga a alguien para que le cuide a su(s) niño(s) o a un adulto dependiente mientras trabaja?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto paga al mes? \$
10. ¿Paga manutención por un niño que no se encuentra en su hogar?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto paga al mes? \$

*Si no es ciudadano estadounidense, complete Página S – Estado de Inmigración **PÁGINA 1**

Marque su pago BRUTO, no su pago neto. Marque cero ("0") si usted o su esposo/a no tiene empleo.

Ingreso

Su Ingreso del Empleo	Ingreso del Empleo de su esposo/a (si son casados)
11. Nombre y Número de Teléfono del Empleador	13. Nombre y Número de Teléfono del Empleador
12. Monto que gana cada período de pago antes de impuestos: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana _____	14. Monto que gana cada período de pago antes de impuestos: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana _____

Otro Ingreso	Monto	¿Con Qué Frecuencia Recibe Este Ingreso?	¿Cuál Miembro de su Familia Recibe Este Ingreso?
15. Manutención para Niños o Pensión Conyugal	\$		
16. Pago de Seguro Social	\$		
17. Beneficios por Desempleo	\$		
18. Interés de Cuenta Bancaria	\$		
19. Beneficios para Veteranos	\$		
20. Labor e Industrias	\$		
21. Asignaciones Militares	\$		
22. Otro (Favor de explicar)	\$		

Información Médica

23. ¿Ya tiene seguro médico? Sí No

Si marcó "Sí", indique el nombre de su compañía de seguro o su empleador, el número de la póliza y el nombre y número de seguro social del tenedor de la póliza. Aún si ya tiene seguro médico, siempre puede calificar para beneficios médicos.

Compañía de Seguro o Empleador	Número de Póliza	Nombre del Tenedor de Póliza	No. de Seguro Social del Tenedor de Póliza

24. ¿Recibió, alguno de ustedes, servicios médicos en los últimos 3 meses incluyendo Servicios de Apoyo en Maternidad y/o Administración de Caso en Maternidad? Sí No

Información Voluntaria

Le pedimos decirnos de su propia voluntad cuál es su raza u origen étnico. Esta información no será utilizada para considerar su elegibilidad para beneficios.

Blanco Hispano Negro Indígena/Originario de Alaska Vietnamita/Laosiano/Camboyanos
 Otro Asiático o Isleño Pacífico Otro _____

Lea Cuidadosamente Antes de Firmar

ENTIENDO QUE:

- Tengo que avisar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) de inmediato, por escrito o por teléfono, de cualquier cambio en mi situación. Aviso tarde puede resultar en beneficios incorrectos.
- Mi situación es sujeta a verificación por DSHS u otras agencias estatales o federales
- Tengo que proveer comprobante que soy elegible para ayuda. DSHS puede ayudarme a obtener el comprobante o ponerse en contacto con otras personas o agencias por lo mismo.
- Al solicitar y obtener beneficios de cuidado médico, asigno al Estado de Washington todo derecho a ayuda para gastos médicos y a todo pago que reciba de terceras personas para servicio médico.
- DSHS podría compartir el historial de inmunizaciones de su niño con el Sistema del Departamento de Salud para Control de Características de Inmunizaciones de un Niño (Department of Health's Child Profile Immunization Tracking System), con propósitos directamente conectados con la administración de los programas médicos.
- **Entiendo que esta solicitud es solamente para beneficios médicos para la mujer embarazada. Si mi familia necesita ayuda financiera o estampillas para alimentos, tenemos que solicitarlo a través de una Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS.**

Estado de Inmigración

Favor de completar esta sección para toda persona que solicita beneficios médicos quien no es ciudadano de los Estados Unidos salvo estudiantes y turistas extranjeros. Si tiene estado legal de Inmigración, adjunte copias de ambos lados del documento. No tiene que proveer comprobante de estado de Inmigración para los miembros de su familia que no solicitan beneficios.

Nombre de la persona que solicita cuidado médico		¿Es ciudadano de los Estados Unidos?	Si no es ciudadano de los Estados Unidos	
			¿Le dieron un documento mostrando su estado?	Si es así, indique la fecha en que llegó a los Estados Unidos
Nombre	Apellido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre	Apellido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre	Apellido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre	Apellido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre	Apellido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Declaración y Firma(s)

He leído y entendido la información en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he dado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi leal saber.

Firma del Solicitante

Fecha

La discriminación es prohibida en todos los programas y actividades del Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Nadie será excluido de tales programas y actividades basándose en su raza, color, credo, opiniones políticas, origen nacional, religión, edad, sexo, o impedimento